



TIERRA DE GENERALES

H. AYUNTAMIENTO DE HUATABAMPO

ORGANO DE CONTROL Y EVALUACIÓN GUBERNAMENTAL

DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y SITUACIÓN PATRIMONIAL



C. CONTRALOR MUNICIPAL: BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, PRESENTO A USTED MI DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL CONFORME A LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 63 FRACCIÓN XXIV, 92, 93 Y 94 DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO Y DE LOS MUNICIPIOS, Y 205 FRACCIÓN I DEL CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE SONORA.

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE DECLARACIÓN

INICIAL LLENAR A Y B

ANUAL LLENAR A, B Y/O C

CONCLUSIÓN LLENAR A Y C

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL Y DEL PUESTO

| | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------|---------------------|
| A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL | | CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN | REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES | HOMO CLAVE | FECHA DE NACIMIENTO |
| | | BEMR700607HSTRLR408 | BEMR700607 | J1811 | 07/06/70 |
| | | | | | DIA MES AÑO |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES(S) | |
| BELTRAN | | MARQUEZ | | RAUL | |
| SEXO | ESTADO CIVIL | LUGAR DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD | | |
| F | X CASADO | NAVOJOA | SONORA MEXICANO | | |
| DOMICILIO PARTICULAR | | CALLE Y NUMERO | ENTRE | ESTADO | PAIS |
| | | OLIVOS # 494 | SAUCE y PALMAS | | |
| COLONIA | MUNICIPIO | CÓDIGO POSTAL | | | |
| FRACC. LAS PALMAS | HUATABAMPO | 85930 | | | |
| TELEFONO PARTICULAR | CORREO ELECTRONICO | | | | |

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

INDIQUE SI ESTÁ CONTRATADO BAJO EL RÉGIMEN DE HONORARIOS

SI NO

| | | | | |
|--------------------------------|-----------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| B) CARGO QUE DESEMPEÑA | | INDIQUE EL PODER | | |
| | | <input type="checkbox"/> EJECUTIVO | <input type="checkbox"/> LEGISLATIVO | <input type="checkbox"/> JUDICIAL |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | | | | |
| OFICINA O AREA DE ADSCRIPCIÓN | | | | |
| DOMICILIO DEL LUGAR DE TRABAJO | | | | |
| MUNICIPIO | LOCALIDAD | FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO | | |
| | | DIA MES AÑO | | |
| TELEFONO OFICIAL | | | | |

| | | |
|-----------------------|-------------|--------------------------------|
| C) CARGO QUE CONCLUYE | | FECHA EN QUE CONCLUYE EL CARGO |
| DIRECTOR DE OOMAPASH | | 11/09/18 |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | DIA MES AÑO | |
| OOMAPASH | | |